

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 18

Contribution à l'étude
des
APPLICATIONS DE FORCEPS
sur le siège et la tête dernière

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 5 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

NICOLAS GOURRY

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

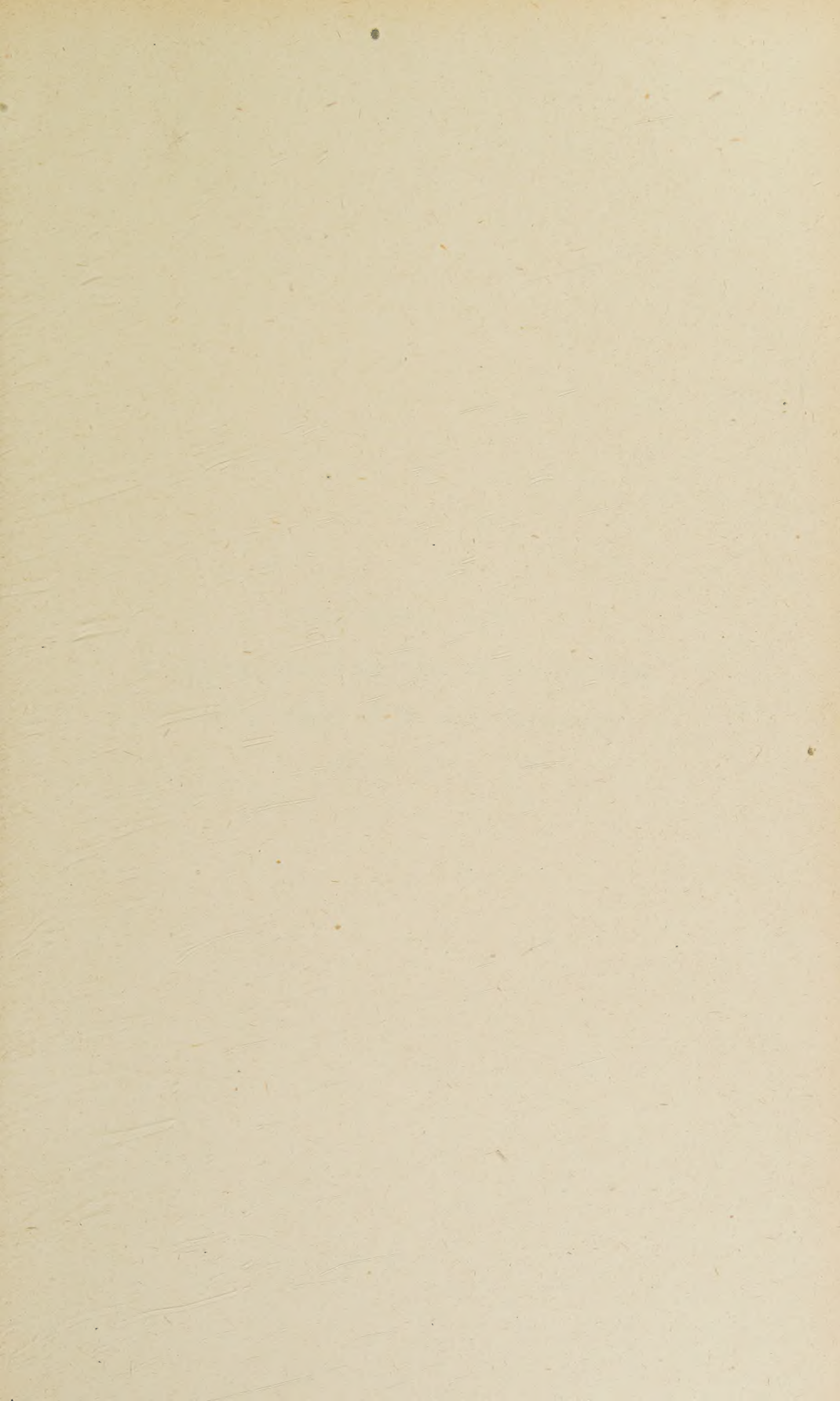
Né le 15 Août 1906, à Pau (Basses-Pyrénées)

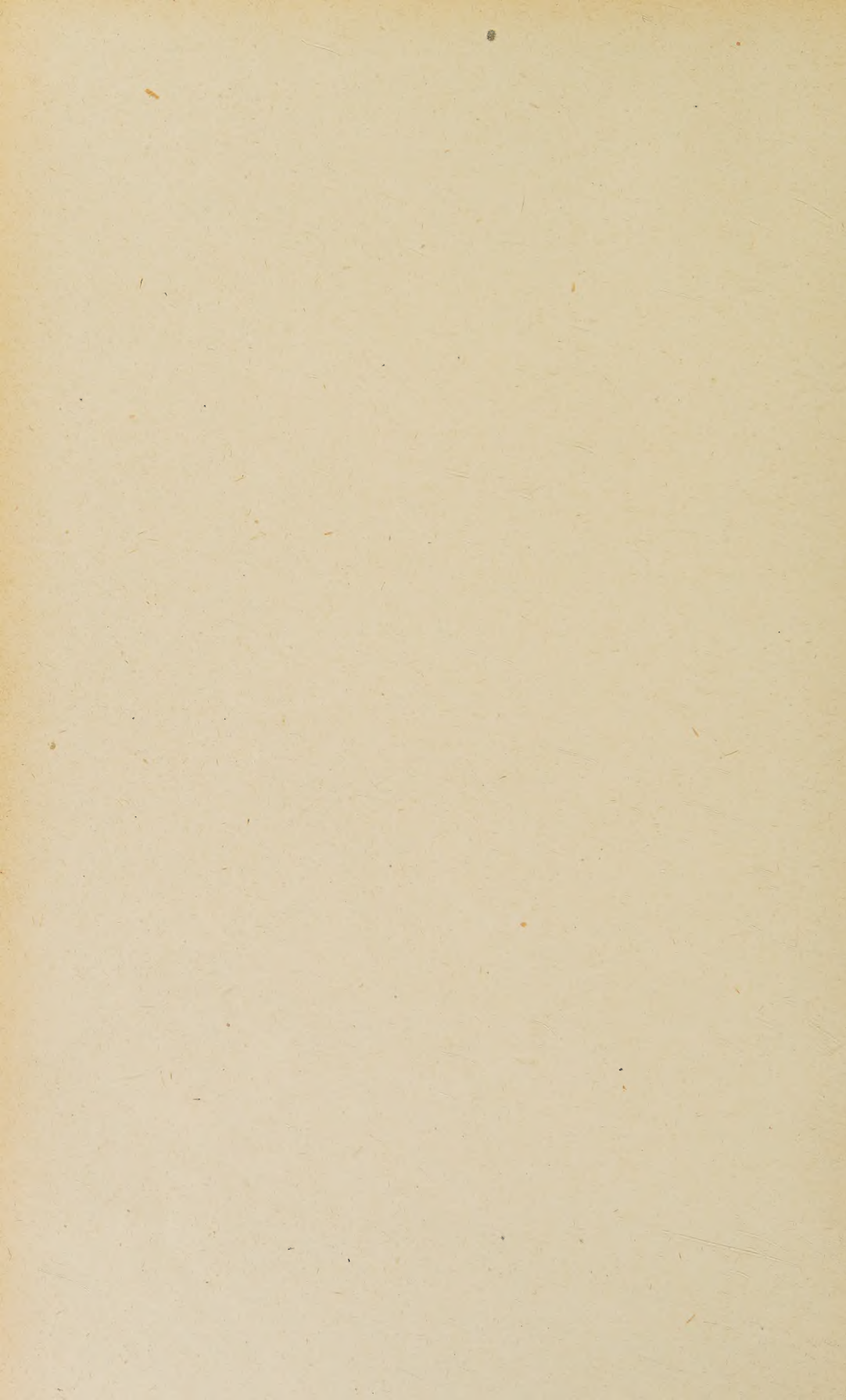
PAU

Imprimerie G. LESCHER-MOUTOUÉ

11, Rue Maréchal Joffre, 11

1930





CONTRIBUTION

à l'étude des applications de forceps
sur le siège et la tête dernière



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553621_0009

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 - N° 18

Contribution à l'étude
des
APPLICATIONS DE FORCEPS
sur le siège et la tête dernière

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 5 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

NICOLAS GOURRY

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 15 Août 1906, à Pau (Basses-Pyrénées)

PAU

Imprimerie G. LESCHER-MOUTOUÉ

11, Rue Maréchal Joffre, 11

1930



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire.	M. L. HUGOUNENO
Doyen.	M. J. LEPINE.
Assesseur.	M. ROLLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENO, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. PIC
Cliniques chirurgicales.	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements.	TIXIER
Clinique ophtalmologique.	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique.	ROLLET
Clinique des maladies des enfants.	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes.	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires.	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.	GAYET
Chimie biologique et médicale.	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.	CLUZET
Matière médicale et Botanique.	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	MOREL
Anatomie.	BRETIN
Histologie.	GUIART
Physiologie.	LATARJET.
Pathologie interne.	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales.	DOYON
Anatomie pathologique.	FROMENT
Chirurgie opératoire.	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.	FAVRE
Médecine légale.	PATEL
Hygiène.	ARLOING (F.)
Thérapeutique.	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie.	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	SAUVY
	LEULIER.
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.	MM. VALLAS
— — — — — Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique.	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance.	RHENTER
Chirurgie expérimentale.	TAVERNIER
Applications du radium.	NOGIER
Stomatologie.	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	NOEL	ROCHÉT (Ph.)	CIBERT
ROCHAIX	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
RHENTER	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
MAZEL	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
SANTY	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE
CHALIER (André)	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.
CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON	

M. BAYLE, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VORON, *président* ; RHENTER, *assesseur* ;

POLLOSSON et EPARVIER, *agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA TANTE

A LA MÉMOIRE DE MON PARRAIN :
Monsieur NICOLAS C. MICHAÏL

A MA MÈRE

A MA SŒUR LUCY

A MON FRÈRE HENRY

A MA FIANCÉE

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON,
Professeur de Clinique Obstétricale.

« Il nous a toujours accueilli dans son
« service avec la plus grande bienveil-
« lance. Il nous a fait l'honneur d'accep-
« ter la présidence du jury de notre
« thèse. Qu'il veuille bien trouver ici nos
« respectueux remerciements pour cette
« marque d'intérêt, et pour l'enseigne-
« ment si précieux dont nous avons bé-
« néficié pendant le trop court stage fait
« dans son service ».

A MON JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE DOCTEUR GAUCHERAND,
Chef de Laboratoire à la Clinique Obstétricale

« Il nous a inspiré le sujet de notre
« travail. Il a été notre guide et ne nous
« a ménagé ni son temps ni sa peine.
« Nous avons toujours trouvé auprès de
« lui l'accueil le plus bienveillant. Nous
« le prions d'agréer l'expression de notre
« vive gratitude ».

A MONSIEUR LE DOCTEUR BROCHIER

« Nous tenons à lui exprimer nos
« remerciements pour l'aide précieuse
« qu'il nous a apportée dans la mise au
« point de ce travail.

A MES MAÎTRES CIVILS ET MILITAIRES
des Facultés et Hôpitaux d'Alger et de Lyon

JE DÉDIE CETTE THÈSE

INTRODUCTION

Il semble que tout a été dit au sujet de l'extraction du fœtus se présentant par son extrémité pelvienne. Les manœuvres proposées; soit pour abaisser un pied, soit pour dégager les épaules, soit pour extraire la tête dernière, sont actuellement classiques, et suffisent dans l'immense majorité des cas.

Toutefois la clinique peut offrir des cas complexes, susceptibles de mettre en échec les manœuvres précédentes dans des circonstances qui sont relativement peu fréquentes, et que nous exposerons plus loin. Cette défaillance des méthodes classiques a depuis longtemps suggéré l'idée d'employer le forceps au cours de ces extractions pelviennes, malgré que cet instrument soit ainsi détourné de sa destination originelle.

L'utilisation du forceps dans ces cas n'est pas récente, et nous citons quelques observations, déjà anciennes, à l'actif de ce procédé. Mais il nous a paru que le secours que pouvait donner l'instrument dans ces variétés de présentations était nié par certains auteurs, et méconnu par d'autres.

Sans vouloir en aucune façon opposer entre elles les méthodes classiques et cette méthode de pure opportunité, nous avons essayé, en présentant quel-

ques observations, de montrer que l'utilisation du forceps pouvait être utile à l'accoucheur, et que, devant l'échec des méthodes classiques, de beaux succès pouvaient être mis à son actif, tant par la rapidité d'exécution qui peut sauver des vies fœtales en danger, que par l'innocuité du procédé.

Ces conceptions sont d'ailleurs adoptées par nombre d'accoucheurs modernes, pour lesquels il semble utile, au cours d'un accouchement par le siège, d'avoir à sa disposition un forceps prêt à être utilisé comme instrument de secours.

Après avoir rappelé l'HISTORIQUE de ces opérations, en étudiant successivement les diverses opinions émises tant pour les applications du forceps sur le siège que pour les applications sur la tête dernière, nous essaierons de dégager les INDICATIONS de cette intervention dans chacune de ces deux éventualités. Puis dans un troisième chapitre nous décrirons la TECHNIQUE OPÉRATOIRE habituellement utilisée. Enfin, après avoir rapporté quelques OBSERVATIONS, nous nous efforcerons, dans nos CONCLUSIONS, d'analyser les résultats obtenus.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

1^{re} PARTIE

Les applications de forceps sur le siège

2^{me} PARTIE

Les applications de forceps sur la tête dernière

PREMIÈRE PARTIE

LES APPLICATIONS DE FORCEPS SUR LE SIÈGE

C'est A. Levret, en 1766, qui, le premier, par suite d'une erreur de diagnostic, appliqua avec succès le forceps sur le siège engagé dans le bassin. Il obtint par ce procédé une facile opération et depuis recommanda l'emploi de cet instrument pour les cas où l'extrémité pelvienne du fœtus menace de déchirer le périnée : « Le forceps, dit-il, est sans contredit préférable à tous égards aux crochets les mieux faits et les mieux maniés, dans tous les cas que nous avons exposés ». C'est là un précepte nettement formulé.

A peu près à la même époque, Roederer parle aussi de l'emploi de cet instrument, mais, moins catégorique que Levret, il pense qu'on peut indifféremment employer le forceps ou le crochet mousse lorsque, après avoir refoulé le périnée et le coccyx, on n'a pas réussi à extraire le siège en exerçant des tractions avec les doigts sur le pli de l'aîne.

Smellie ne parle pas du forceps, et se montre partisan du crochet mousse. Certains auteurs pourtant, notamment Jacquemier, ont dit qu'il en a vanté l'emploi. On ne retrouve trace de cette opinion que dans le cours d'une observation, où il regrette de ne pas en avoir fait usage. Mais il utilisait volontiers un crochet mousse courbé et assez large. Rarement il se servait

d'un « forceps dont les cuillers étaient remplacées par « une tige ronde dont l'extrémité se recourbait. Quand « les manches se touchaient, les extrémités recourbées « se touchaient aussi ». (OLIVIER).

En 1797, G. W. Stein s'en montre partisan. Il croit le forceps moins dangereux pour l'enfant que les crochets « quand le derrière est enclavé ». Il précise les indications et la technique de son emploi. Pour lui, il faut, qu'il soit bien appliqué, que le diamètre bi-trochantérien soit dans le plus grand diamètre du bassin. S'il ne s'y trouve pas, il faut l'y ramener, et pour cela on usera une branche du forceps. « Il suffit souvent, dit-il, que le diamètre bi-trochantérien soit amené dans un des diamètres obliques du bassin, pour que l'accouchement se termine spontanément. Dans le cas où cela n'aurait pas lieu, il faudrait achever la rotation et appliquer le forceps comme il est dit plus haut ».

Le forceps semblait donc devoir devenir un instrument de pratique courante dans l'accouchement par le siège, lorsque vint Baudelocque. Dès 1781 cet auteur s'élève contre son emploi : « Le forceps, dit-il, n'avait été proposé dans les premiers temps que pour extraire la tête arrêtée au passage, dans le cas où on la soupçonnait enclavée. On a rendu depuis son usage un peu plus général, les uns l'ayant recommandé pour aller saisir la tête au-dessus du bassin, et les autres pour extraire les fesses de l'enfant fortement engagées dans cette cavité. On ne doit pas le regarder comme une ressource salutaire dans ce dernier cas, parce qu'il produit des désordres affreux dans l'intérieur de la poi-

trine et du bas-ventre de l'enfant », et plus loin : « la mort de l'enfant, si l'on pouvait en avoir des certitudes quand le siège est fortement engagé au passage, en vous rassurant contre le danger d'une pareille pression, ne devrait même pas nous déterminer en faveur du forceps, parce qu'il existe des moyens dont l'emploi est plus simple et beaucoup plus sûr ».

L'opinion de Baudelocque fit une telle impression sur tous les accoucheurs que, pendant de longues années, on n'osa plus appliquer le forceps sur le siège. Pendant longtemps on eut une véritable frayeur de cet instrument ; frayeur que l'on retrouve dans les ouvrages des auteurs contemporains de Baudelocque. Tous, à ce moment, se rallient à sa technique, utilisant les tractions digitales, les crochets mousses, ou les lacs, avec une préférence marquée pour les crochets mousses.

R. P. Flamant, en 1816, écrit : « Ce ne serait que dans le cas où il n'y aurait point de membres inférieurs, et où l'on n'aurait pas pu réussir à faire la version par la tête, qu'on pourrait appliquer le forceps sur les fesses, ou plutôt sur le bassin du fœtus », et il conclut nettement lui aussi en faveur des crochets.

Gardien, Velpeau, Desormeaux, Moreau, Cazeaux, en France, rejettent eux aussi, et avec quelle énergie, l'emploi du forceps dans les présentations du siège, jugeant tous son application comme exposant l'enfant à de graves dangers.

Madame La Chapelle en fut aussi une adversaire déterminée : « C'est toujours sur la tête, dit-elle, que doit s'appliquer le forceps, et nul accoucheur ne s'avi-

serait de suivre le conseil de Levret par rapport aux fesses ». Cette célèbre sage-femme fait sienne une opinion de Viardel, et en 1825 elle déclare : « Le plus beau et le plus utile de tous les instruments, c'est celui que la nature nous a donné, c'est-à-dire la main ». C'est là le grand principe qui domine toute sa conception des opérations obstétricales : là où la main échoue, en général les instruments échoueront. Parlant du forceps, elle dit dans son ouvrage « *La Pratique des Accouchements* » : « Ce précepte a trouvé heureusement peu de fauteurs : on a senti que les cartilages d'ossification des os du bassin n'offraient pas une ténacité comparable aux membranes fibro-cartilagineuses du crâne ; on a senti qu'en appliquant le forceps trop haut, on contondait l'abdomen et ses viscères, qu'en l'appliquant trop bas il ne pouvait y avoir une prise suffisante. Aussi personne ne s'aviserait aujourd'hui de tenter une semblable opération ». Cette opinion nous montre bien la confiance qu'avait Madame La Chapelle en l'usage des mains, considéré par elle comme devant tout primer chez un accoucheur.

Pourtant la pratique de Levret n'était pas condamnée dans tous les pays. En 1790 Bertrandi, en Italie, préconise le forceps, et dit que c'est avec lui qu'on court le moins de risques.

En France, il faut arriver à 1846 pour retrouver un partisan du forceps. Jacquemier, en effet, expose les difficultés et les dangers de l'emploi du crochet mousse, et dit que le forceps n'est pas aussi dangereux pour le fœtus qu'on a bien voulu le dire. Se basant sur des expériences, il termine ainsi son exposé

sur « Les dangers comparés du crochet et du forceps. »
« il semble tout à fait rationnel de lui préférer (au crochet) le forceps toutes les fois que le fœtus est vivant. »

En 1854 Pastorello décrit le « forceps pour le siège de Gergens », instrument composé de deux crochets mousses, à branches croisées. Mais il semble que ce forceps était plutôt destiné à être introduit dans les aînes du fœtus.

Pajot dans ses « Tableaux » dit : « Le forceps ne s'applique que sur la tête; peut-être pourrait-on l'appliquer sur le pelvis quand l'enfant est mort ». C'est donc là lui refuser toute utilité pratique.

Tarnier, en 1865, discute cette méthode d'extraction du siège décomplété mode des fesses : « Les raisons que donnent ceux qui blâment les applications du forceps dans le siège, semblent excellentes au premier abord..... mais que faire dans une présentation de l'extrémité pelvienne, quand il est urgent de terminer promptement l'accouchement, que la main est insuffisante ? Appliquera-t-on le crochet mousse ? Mais le crochet n'est pas sans inconvénient. Aussi dans des cas semblables, les professeurs Stoltz et P. Dubois ont eu quelquefois recours au forceps, et réussi à ramener un enfant vivant ». Et il cite un cas personnel où le crochet échoua, et où le forceps rendit les plus grands services. En matière de conclusion il ajoute : « Nous pensons qu'une application de forceps, faite avec prudence, sans trop serrer les manches de l'instrument, peut rendre de grands services. »

Vers la même époque, Corradi, de Bologne,, en 1874, est d'avis que le forceps est le moyen le plus

expéditif et le plus sûr d'extraire le siège. Ballochi fait des expériences et montre que, ainsi que l'avait dit Jacquemier, le forceps n'écrase pas les os du bassin.

En 1877, H. Haake a employé cet instrument cinq fois avec succès, sans inconvénient pour la mère et l'enfant, chez des primipares à périnée résistant. Dans ce cas, le dos du fœtus étant tourné d'un côté, et les extrémités inférieures du côté opposé, il applique une branche du forceps sur la face postérieure des cuisses, et l'autre sur la région sacrée, le bord de la cuiller dépassant à peine la crête iliaque. Les manches sont alors presque en contact et ont à peu près la direction horizontale, tandis que les cuillers, embrassant la hanche tournée en arrière, ne saisissent entre elles aucune partie fœtale. Cette position du forceps « dans laquelle l'extrémité inférieure du tronc est en quelque sorte embrassée par un lacs métallique, n'est, dit-il, évidemment possible que lorsque les fesses sont descendues presque sur le plancher pelvien. » A cette condition l'instrument permet une extraction rapide, aisée, et inoffensive.

La même année, Agnew, de Londres, trouve barbare l'emploi du crochet et conseille d'user du forceps, mais seulement quand le siège sera profondément engagé.

Pinard, dans le « Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales », article Forceps, est de l'avis du professeur Tarnier, et pense que le forceps sera utile, mais pour cela il faut que le siège soit dans l'excavation et qu'on puisse terminer l'accouchement par d'autres manœuvres. Alors quelques accoucheurs ont pensé que si le forceps présentait des dangers, c'était parce

que la courbure des cuillers s'accommodait mal à la forme du siège et ils ont essayé de le modifier et de le rendre inoffensif. En 1879, Miles fait construire un forceps à larges cuillers. Puis Belluzi réunit en un même instrument un forceps et un céphalotribe, conseillant d'user comme forceps pelviens du côté céphalotribe qui s'adapte bien aux hanches du fœtus. Trélat imagine lui aussi un forceps spécial pour le siège.

Cette période, on le voit, est marquée par une reprise de procédé de Levret. Cependant il est beaucoup d'accoucheurs qui préfèrent le crochet ou les lacs : parmi eux citons Bailly, Otto Kustner, Bitot, Griffiths Swayne, Bunge.

En 1880, Naegele et Grenser, sans prendre aucunement parti, se bornent dans leur « *Traité pratique de l'art des accouchements* », à rapporter les diverses opinions émises sur l'emploi du forceps dans la présentation pelvienne.

Et il faut, en 1882, la thèse d'A. Olivier pour nous donner une étude systématique et détaillée de cette méthode, et pour, par une expérimentation très complète, en préciser les indications et la technique opératoire. Cet auteur, dont le travail est à la base de la méthode actuelle d'extraction par le forceps du siège décomplété mode des fesses, conclut en disant que :

Lorsque le siège est au détroit supérieur, le forceps doit être appliqué, autant que possible, sur les membres et non sur le bassin ;

Lorsque le siège est plus ou moins engagé dans l'excavation ou au détroit inférieur, trois cas sont à

distinguer :

a) dans les positions antérieures: application du forceps.

b) dans les positions postérieures : application du forceps.

c) dans les positions transversales: emploi des lacs. Mais le forceps peut réussir.

En 1883 le docteur Ettore Truzzi publie une étude intitulée « Nouvelles recherches sur les avantages et la technique des applications de forceps sur l'extrémité podalique du fœtus ». Après avoir discuté les méthodes proposées par Olivier et Belluzzi, il expose le résultat de ses travaux personnels, et conclut: « Dans le cas d'enclavement des fesses dans la partie haute ou moyenne de l'excavation, si une indication d'une extraction rapide se présente, au lieu de tenter des tractions sur le pli de l'aîne avec le doigt, le crochet, ou les lacs, il est préférable de pratiquer une application de forceps ». Quant à la technique proposée par Olivier, il la trouve certes bien séduisante en théorie, mais peu efficace en pratique, et il propose comme méthode de choix celle qui consiste à appliquer le forceps sur les côtés du bassin du fœtus.

En 1889, nous trouvons, dans la thèse du docteur Paul Mantel, une discussion de l'emploi du forceps. Partageant l'opinion de son maître le professeur Pinard, Mantel ne se montre pas partisan de l'emploi de cet instrument, dont pourtant il reconnaît l'utilité: « De ce rapide exposé, dit-il, il ressort que le forceps tour à tour conseillé et banni dans l'accouchement par le siège, peut être utile dans un nombre

restreint de cas. Il est quelquefois dangereux à cause des lésions fœtales qu'il peut déterminer, mais surtout par suite de la compression du cordon serré entre les cuillers sur le siège ; il est aussi bien souvent inutile parcequ'il est impossible de l'appliquer et qu'il dérape, si l'application a été possible. Il nous semble en tout cas devoir être considéré comme l'ultima ratio de l'intervention dans l'accouchement par le siège, variété des fesses, engagé. »

Curatulo, en 1899, est plus affirmatif et se fait le défenseur du forceps. Pour lui cette méthode « doit être divulguée parce qu'elle représente le seul moyen de sauver le fœtus, dans les cas où toute autre manœuvre pour abaisser le membre inférieur n'a pas réussi » et il préconise la technique de Truzzi.

En 1901, Tarnier et P. Budin reviennent aux idées d'Olivier. Pour eux on n'utilisera le forceps que dans les positions postérieures, et comme règle générale, on n'appliquera pas les cuillers sur le bassin du fœtus. Pour éviter un dérapement possible, ils conseillent d'éviter tout mouvement de rotation pour le dégagement des présentations du siège, et de serrer à fond la petite vis de maintien. Tarnier a même préconisé une méthode qui combine l'emploi des lacs et du forceps, ce dernier servant surtout à corriger la mauvaise direction imprimée au fœtus par les tractions sur les lacs. Cette méthode aurait permis à Demelin d'extraire dans 3 cas à la première application, un siège décomplété mode des fesses.

Parmi les modernes, les opinions sont partagées ; certains admettant son emploi, d'autres le rejettent.

Parmi ces derniers nous ne pouvons manquer de citer le professeur Fabre : « Le forceps, dit-il, est un mauvais agent de préhension du siège ; quelle que soit l'orientation fœtale, ou bien il dérape, ou bien on ne peut assurer la prise que par des pressions fortes des becs qui pressent sur le foie, les reins ou la rate et les déchirent. *En tout cas, quand l'enfant est vivant, on ne doit jamais se servir de forceps, ni de crochets métalliques, ni de tractions dans l'anus* ».

Il est aisé de voir, d'après cette opinion, que le professeur Fabre est un adversaire bien déterminé de cette méthode, et avec lui l'école Lyonnaise.

P. Budin et Demelin en 1904 conseillent son emploi dans les variétés postérieures du siège décomplété mode des fesses arrêté dans l'excavation, et, avec Olivier, pensent que c'est sur les membres inférieurs et non sur le siège qu'il faut faire la prise. Ch. Maygrier et A. Schwab, en 1909, s'en montrent des partisans modérés, et le jugent réservé aux positions postérieures.

P. Bar, A. Brindeau et J. Chambrelent (de Bordeaux), en 1914, jugent que l'emploi du forceps a son utilité. Pour eux, c'est dans les sacro-postérieures qu'on l'utilisera, et en prenant bien soin, comme l'a dit Olivier, de placer les cuillers sur les membres inférieurs du fœtus. Bar recommande de « ne pas faire de rotation et de tirer toujours dans l'axe de la prise. Tout mouvement de rotation amènerait un dérapement. Il sera bon de s'aider de tractions inguinales. L'expression abdominale, enfin, pourra être avantageusement utilisée ».

On voit donc que les avis sont partagés. A Paris, actuellement, le professeur Jeannin a abandonné son emploi.

Le professeur Brindeau ne le conseille qu'*exceptionnellement* dans le cas de siège décomplété mode des fesses en position postérieure. Enfin nous citerons l'opinion du Docteur Cathala, de Paris; il use du forceps sur le siège : « par exception, quand le siège se trouve arrêté dans l'excavation et qu'il est impossible d'abaisser un pied. Je l'emploie dans les sacro-postérieurs, parfois aussi dans les sacro-antérieurs ; dans ce dernier cas, c'est un pis-aller, mais j'estime que le forceps est moins dangereux que les lacs ; j'opère alors avec une extrême prudence ».

On voit, en jetant un coup d'œil d'ensemble sur les divers procédés proposés par les auteurs et sur la conduite à tenir, que l'entente est loin de régner. Les uns disent : vous pourrez toujours réussir, avec de l'adresse, à abaisser un pied ; les autres : avec les lacs vous vous tirerez toujours d'affaire ; d'autres enfin : c'est avec le forceps que vous obtiendrez les meilleurs résultats, et pour l'enfant et pour la mère.

C'est sur ce dernier mode d'extraction du siège profondément engagé, que nous avons voulu, après tant d'autres, attirer l'attention, et essayer de réhabiliter une méthode qui, dans certaines circonstances que nous préciserons, est capable de donner de réels succès.

DEUXIÈME PARTIE

LES APPLICATION DE FORCEPS SUR LA TÊTE DERNIÈRE

Le dégagement de la tête fœtale venant dernière, dans l'extraction par les pieds, se fait en général par la classique manœuvre de Mauriceau, que les Allemands décrivent sous le nom de manœuvre de Smellie-Veidt.

Portal, Dionis, Levret reproduisirent cet enseignement, qui certes reçut des modifications, mais toujours on en revint à la technique de Mauriceau qui pour la plupart des accoucheurs doit suffire dans tous les cas.

On utilisa aussi la manœuvre de Prague qui n'est qu'une manœuvre de Mauriceau légèrement modifiée.

Il est pourtant des cas où ces manœuvres restent inefficaces. La vie de l'enfant est en jeu, une extraction rapide le sauvera. Il a semblé alors indiqué de recourir à l'application du forceps.

Son utilisation est ancienne. C'est Smellie qui, le premier, l'appliqua sur la tête venant dernière, poussé par la crainte de déterminer des lésions de la colonne vertébrale par des tractions, « on doit employer le long forceps recourbé ».

Vers la même époque, en 1766, Levret signale tout le parti que l'on pouvait obtenir de son « tire-tête » en

l'employant dans ces cas. Mais c'est à Smellie que l'on doit attribuer le premier procédé d'extraction de la tête dernière au moyen du forceps.

En Angleterre : Denmann, John Burns et Robert Collins rejetaient son emploi. Mais Simpson, Robert Barnes et Leishmann s'en déclaraient les partisans zélés.

En France, nous voyons Madame La Chapelle se prononcer avec vigueur contre l'emploi du forceps sur la tête dernière. Elle ne reculait pas à accuser les accoucheurs qui ne réussissaient pas le dégagement par leur seules mains d'avoir négligé « quelque'une de ces importantes précautions » pour bien exécuter la manœuvre de Mauriceau. C'est là une accusation très nette, mais qui n'étonnera pas venant de cette experte accoucheuse.

J. L. Baudelocque, lui, fut un partisan ardent du forceps. En 1884, après avoir vu combien étaient dangereuses pour l'enfant les tractions sur le cou et le tronc, il fut conduit « à l'emploi d'un moyen salulaire déjà connu, mais trop négligé dans cette fâcheuse circonstance, quoique seul capable d'affranchir l'enfant d'une partie du péril dont il est menacé. » Ce moyen, pour lui, c'est le forceps. Et on le voit même, quelques années plus tard, reprenant cette idée, ajouter : « Ce n'est pas toujours au détroit supérieur que la tête est forcée de s'arrêter dans les accouchements contre-nature où l'on tire l'enfant par les pieds ; quelquefois l'obstacle qui la retient ne vient que du détroit inférieur et la circonstance n'est que bien plus favorable à l'emploi du forceps. »

A ce moment, la plupart des auteurs, sans se montrer d'aussi fervents zélateurs de l'emploi du forceps, l'admettent néanmoins en théorie. C'est ainsi que nous voyons, en 1857, Jacquemier déclarer dans son « Manuel d'accouchements » : le forceps est le moyen le plus convenable quand, à l'aide de manœuvres et sans efforts, on ne parvient pas à extraire la tête. », mais d'autre part, il hésite, se demandant « si le forceps offrirait une ressource plus sûre, car il est presque impossible de se faire une idée exacte des avantages et des inconvénients du forceps d'après les faits seuls ».

Velpeau conseille aussi d'utiliser cet instrument : « Quand toute la tête est descendue dans l'excavation, rien n'est plus facile que d'achever l'accouchement au moyen du forceps. » Il en précise même les indications. Pour lui : « on peut avoir recours au forceps dans les présentations du pelvis, lorsque la tête n'est arrêtée que par le détroit inférieur et qu'on a pu se convaincre que les efforts de la main seule seraient insuffisants ou dangereux ».

En 1867, Cazeaux juge cette méthode rarement indispensable « quand, après la version pelvienne ou l'accouchement naturel par le pelvis, la tête est retenue dans les parties de la mère. Presque toujours la main seule suffit pour l'extraire. Cela est vrai dans la plupart des cas où l'extension de la tête est la seule cause des difficultés; mais si le dégagement manuel n'a pas réussi, où s'il existe un rétrécissement du bassin, il est évident que le forceps est utile, quoiqu'en dise Madame La Chapelle ». Pour lui il y a même un

cas où on pourrait être autorisé à faire une application de forceps sur le plan dorsal du fœtus, et à dégager la tête par un mouvement de rotation : c'est quand la face est venue en dessus, l'occiput étant en arrière.

Dans l'article « Forceps », du « Dictionnaire de Chirurgie et de Médecine pratique », le professeur Tarnier juge que la main est presque toujours suffisante pour opérer le dégagement de la tête », mais si les manœuvres faites avec la main sont insuffisantes, le forceps peut devenir très utile, une extraction rapidement faite étant la seule chance de salut pour l'enfant ».

En France, la plupart des auteurs modernes, sans être de fervents partisans de l'emploi du forceps sur la tête dernière, utilisent néanmoins cette méthode, mais seulement quand la manœuvre de Mauriceau a été reconnue impuissante à permettre le dégagement de la tête. Et nous voyons le docteur Cathala nous déclarer, au sujet de l'emploi de cet instrument : « J'ai toujours mon forceps prêt quand j'extrais un siège. Si la tête est retenue par les releveurs, après rotation en occipito-pubienne, je pense que l'extraction par forceps est très utile. La prise est facile à exécuter, elle est solide et sans danger, tandis que l'extraction manuelle expose à des paralysies radiculaires lorsque des tractions énergiques sont nécessaires. Les mains, quand la tête est retenue, se fatiguent vite et traumatisent les épaules, le cou, et la bouche du fœtus ».

Il semble que ce soit là le reflet exact de l'opinion des accoucheurs modernes.

Cependant, en Allemagne, cette méthode a été vive-

ment combattue. Schroeder est absolument convaincu que si les tractions manuelles ne déterminent pas la sortie du fœtus, l'application du forceps ne réussira pas davantage à amener un enfant vivant, et il considère cette application de forceps comme dangereuse pour la mère. Pour lui, ce n'est plus au forceps inutile et nuisible que l'on devrait s'adresser, mais à la craniotomie.

Cependant Crédé et Litzmann, et d'autres accoucheurs, ont protesté contre ce qu'une telle proposition a d'absolu, et tout comme en France, la plupart des accoucheurs se montrent, avec Budin, disposés à s'en servir à l'occasion.

CHAPITRE II

INDICATIONS

1^{re} PARTIE

Les indications de l'application de forceps sur le siège

2^{me} PARTIE

Les indications de l'application de forceps sur la
tête dernière

PREMIÈRE PARTIE

LES INDICATIONS DE L'APPLICATION
DE FORCEPS SUR LE SIÈGE

Il est difficile de préciser toutes les circonstances qui peuvent indiquer la nécessité d'une application de forceps sur le siège. D'une façon générale, et comme dans les cas où le fœtus se présente par le sommet, nous pouvons dire avec Paul Bar : « Tout accident qui survient du côté de la mère ou du côté de l'enfant et qui rend utile la terminaison rapide de l'accouchement, autorise l'application du forceps, quand celui-ci est applicable ».

Dans l'accouchement par le siège, voyons quelles sont les causes posant l'indication d'une intervention rapide. C'est tout d'abord les cas de travail prolongé anormalement, sans que, cependant, aucune complication survienne qui menace immédiatement la vie de la mère ou de l'enfant.

D'autres fois l'intervention est commandée par l'apparition d'une complication, la plus commune étant l'asphyxie du fœtus, appelée aujourd'hui souffrance fœtale. Dans les présentations par le siège, l'expulsion de méconium ne pourra être considérée comme ayant une très grande valeur, seule sa grande quantité pourra entrer en ligne de compte. Plus importantes seront les modifications des bruits du cœur : d'abord souffle funiculaire, puis ralentissement. Enfin on

pourra aussi tenir compte de l'infection du liquide amniotique, avec odeur fétide et fièvre chez la mère.

Voyons maintenant les cas où le travail traîne en longueur. Plusieurs causes sont alors à considérer.

D'une part, nous trouvons les cas d'inertie utérine, de contracture volontaire par certaines femmes des muscles du périnée qui vont alors s'opposer à la progression du mobile fœtal (état d'ailleurs aisé à corriger en général, mais pouvant, dans les cas de vaginisme, aller parfois jusqu'à la contracture) ; d'autres fois on peut se trouver en présence d'un cas de rigidité du col, ou exceptionnellement on pourra avoir une persistance de l'anneau hyménéal, mais alors on fera une épisiotomie.

D'autre part, nous trouvons les cas de rigidité exagérée des parties molles maternelles, qui s'opposent à la progression de l'enfant, et annihilent l'action de la puissance utérine. Cette source de retard à l'accouchement est des plus communes. Pour Cazeaux : « La résistance des muscles du périnée est certainement une des causes les plus fréquentes de l'emploi du forceps » et cette opinion peut aussi bien s'appliquer aux présentations du siège qu'à celles du sommet, bien que souvent on ne puisse préciser si c'est le périnée qui résiste, si c'est la contraction utérine qui est trop faible, ou s'il y a insuffisance de mobilité du coccyx.

On connaît la composition du plancher périnéal, constitué d'éléments divers :

Aponévroses pelvienne et périnéales profonde,
moyenne, et superficielle ;

Muscles : superposés en 2 couches : l'une supé-

rieure (releveur de l'anūs) ; l'autre inférieure (sphincter externe de l'anūs, transverse du périnée, constricteur du vagin, et ischio-caverneux).

La présentation, après être arrivée au détroit inférieur, doit, pour sortir complètement, traverser le plancher périnéal qui met, pendant quelque temps, obstacle à son passage, puis elle franchit l'orifice vaginal et l'orifice vulvaire. Souvent, chez les primipares l'orifice vaginal apporte obstacle à l'expulsion du siège, mais un rôle bien plus important est joué par les muscles du plancher périnéal, surtout par le releveur de l'anūs, dont le développement exagéré, ou la contracture, entrave l'accouchement. En effet la présentation devra passer à travers une paroi musculaire résistante, et plus la tonicité du releveur de l'anūs sera grande, plus puissant sera l'obstacle apporté à l'action de l'utérus. L'accouchement sera retardé et pourra même être impossible. Alors, en pratique, le véritable critérium pour juger de l'utilité d'une intervention, c'est l'état de l'enfant.

Il est des cas où le siège s'est moulé, accomodé au détroit supérieur, est descendu profondément dans l'excavation, et là est bloqué. Il est impossible d'introduire la main suffisamment haut pour abaisser un pied, le siège reste in situ ou ne peut être refoulé. Une intervention urgente s'impose, indiquée par les signes de souffrance du fœtus. On essaiera d'abaisser un pied, ou de voir si, par des tractions inguinales, manuelles ou instrumentales (bien que ces dernières soient dangereuses) on peut obtenir un accouchement

rapide. On tentera d'avoir un résultat au moyen d'un lacs de caoutchouc. Peine perdue. L'accouchement ne progresse pas, ou progressera avec une lenteur extrême. Enfin nous n'oublierons pas les cas où l'obstacle à l'accouchement vient du coccyx, dont la rétro-pulsion ne se produit pas par suite d'ankylosé sacro-coccygienne où médio-coccygienne.

Or il faut aller vite. La vie de l'enfant, et parfois de la mère, sont en jeu. Alors, pourquoi ne pas recourir à l'emploi du forceps ?

Nous pouvons aussi voir ce tableau impressionnant se reproduire dans les cas de gros enfant. Pourtant les contractions utérines sont énergiques, le bassin normal, le col bien dilaté. Il n'en reste pas moins que l'accouchement ne progressera pas et qu'il faudra intervenir. Les manœuvres classiques ayant échoué, pourquoi ne pas songer au forceps, s'il est avéré que son application peut être sans danger. La vie d'un enfant peut parfois dépendre de la mise en œuvre opportune et rapide d'une telle intervention.

Il reste bien entendu que l'application du forceps sur le siège est décidée d'extrême urgence, en dernière extrémité. Car il faut laisser de côté l'idée de toute intervention pratiquée systématiquement et décidée à l'avance, lorsqu'il y a des troubles de la santé de la mère qui pourraient être aggravés par des efforts expulsifs trop prolongés (cardiopathies, lésions graves des poumons, hémorragies cérébrales, éclampsie).

Quelles sont maintenant les conditions mécaniques qui rendent possible l'application du forceps ?

Il faut :

1. Que la capacité du bassin admette sans heurts ni frottements excessifs cette application.
 2. Que le col soit complètement dilaté. Rien n'est plus dangereux, en effet, pour la mère et l'enfant qu'une application de forceps entreprise avant la dilatation complète. Ce danger se montrera surtout dans les cas qui nous occupent, non pas au passage du siège, qui est suffisamment malléable et réductible, mais surtout quand viendra la tête dernière ;
 3. Enfin l'œuf doit être ouvert, et si les membranes sont encore intactes, il faut les rompre.
- Ceci est d'ailleurs un principe général pour toutes les applications de forceps.

Il est évident que dans les cas de bassin vicié, le forceps sera contre-indiqué, à moins que les dimensions de la tête puissent s'accommoder de ce rétrécissement, pourtant, si par le palper on a pu apprécier les dimensions, le volume de la tête fœtale, on pourra tenter une prise de forceps sur le siège, car le passage de celui-ci aura peut-être un effet salutaire en préparant les parties molles au passage de la tête dernière.

Donc, pas d'indication absolue d'application de forceps pour une seule de ces diverses considérations. C'est leur combinaison, la réunion d'un faisceau de signes, de constatations, portant aussi bien sur la mère que sur l'enfant, qui créera l'indication d'une application utile du forceps, alors que toutes les autres manœuvres d'extraction du siège auront échoué.

DEUXIÈME PARTIE

LES INDICATIONS DE L'APPLICATION DU FORCEPS
SUR LA TÊTE DERNIÈRE

L'application du forceps est rarement nécessaire quand, après la version podalique ou l'accouchement naturel par le siège, la tête est retenue dans les parties de la mère. Presque toujours la main seule suffit pour l'extraire. Cela est vrai dans la plupart des cas où seule l'extension de la tête crée la difficulté. Mais si le dégagement manuel n'a pas réussi, ou s'il existe un retrécissement du bassin, il est évident que le forceps est utile quoi qu'en dise Madame La Chapelle.

Il ne faut pas cependant perdre de vue que les partisans du forceps, tout en le préconisant, n'ont jamais voulu le substituer aux procédés d'extraction par les mains. Leur seule intention était de mettre en relief son utilité à côté des procédés manuels, et d'armer ainsi l'accoucheur d'un moyen supplémentaire, lui permettant de lutter efficacement contre les obstacles qui s'opposent à la sortie de la tête de l'enfant.

Pour retirer du forceps tout le profit possible, il faut savoir l'utiliser au moment opportun ; ne pas multiplier les efforts de traction avec les mains quand on

verra chez le fœtus survenir un ensemble de symptômes alarmants accusant un état de souffrance considérable : la perte d'une grande quantité de méconium, les vagissements intra-vaginaux, et surtout la cessation des battements du cordon, la diminution des bruits du cœur, les efforts d'inspiration. Tels sont les signes indiquant de recourir à l'emploi du forceps. Car dans ces cas la tête est toujours profondément engagée, ce qui rend presque impossible et vaine toute pression exercée sur la voûte du crâne par l'hypogastre. On est donc réduit aux tractions sur le maxillaire inférieur, et l'expérience nous montre qu'avec un effort de 25 à 30 kilogrammes on peut fracturer la mâchoire inférieure. C'est pourquoi, au lieu de se livrer à des violences dangereuses, il est bien préférable d'user du forceps.

Rares seront, on le voit, les cas où l'application du forceps trouvera son indication, car la plupart du temps la manœuvre de Mauriceau sera couronnée de succès ; mais quelques rares que soient les cas où elle échoue, l'accoucheur devra les avoir présents à la mémoire pour se tracer d'avance une ligne de conduite.

Il arrive que la tête dernière, normale de dimensions, soit arrêtée par l'orifice cervical, qu'on dit alors rétracté ou revenu sur lui-même. En réalité le col n'est pas revenu sur lui-même, il a été et reste incomplètement dilaté. On a entrepris trop tôt l'extraction podalique. Les mains de l'accoucheur d'abord, puis le tronc fœtal ont pu passer, mais non la tête, toujours plus grosse, sauf exception, quand le fœtus est à terme et bien développé, qu'un poing ordinaire d'homme,

et que le tronc malléable et réductible du fœtus à terme.

Deux conditions différentes à cette difficulté :

Ou bien la tête est défléchie, tout entière dans le col, au-dessus de son orifice inférieur qui entoure le cou à la façon d'un collier. Dans ce cas, il faut, avec les doigts, aller chercher la bouche et faire de la flexion pour amener le menton et toute la face dans le vagin, au-dessous du collier formé par l'orifice cervical rétracté.

Ou bien, cas plus simple, la face est descendue dans le vagin, mais l'orifice inférieur du col bride circulairement la tête au-dessous de la circonférence sous-occipito-frontale, « comme un bonnet de coton coiffe le chef du dormeur ».

Mais on a attendu la dilatation complète. La tête venant dernière est bien descendue dans l'excavation, sans obstacle venant ni du détroit supérieur, ni de l'orifice cervical. C'est alors le plancher pelvien qui arrête l'extraction, et ce pour des motifs variés : tissus de primipare (âgée surtout), cicatrices exceptionnelles par brûlures (consécutives à des injections d'acides forts), dégénérescence fibreuse ou congénitale du releveur anal, ankylose sacro-coccygienne ou médio-coccygienne, vaginite, cicatrices vaginales consécutives à des extractions laborieuses antérieures. Telles sont les causes que l'on a relevées du côté de la mère.

Mais il est plus commun que l'arrêt du dégagement provienne d'une déflexion prématurée, ou d'une

flexion imparfaite de la tête en occipito-pubienne, dont le diamètre occipito-frontal, un peu fort et très peu réductible, heurte par ses extrémités celles du diamètre sous-sacro-sous-pubien ; on peut même admettre que la nutation du sacrum sur les os iliaques ne s'opère pas comme il conviendrait. Il semble toutefois que la cause la plus importante d'arrêt du dégagement provienne d'une rotation perversie de la tête fœtale, combinée à de la déflexion. Dans ces cas le menton vient en avant, et va se coincer derrière et au-dessus de la symphyse pubienne. Cette rotation perversie est le plus souvent consécutive à des manœuvres irrégulières dans l'extraction du tronc et des bras ; et dans ces cas la manœuvre de Mauriceau est impossible, l'excavation étant comblée par la tête du fœtus qui ne peut être refoulée.

Quelles sont donc nos ressources, nos moyens d'action ?

L'agrandissement extemporané du détroit inférieur par l'attitude de Devraigne-Descomps ; la flexion prononcée de la tête par tractions digitales sur le plancher pelvien pendant que, d'autre part, on refoule l'occiput vers le haut derrière la symphyse pubienne ; enfin, si l'on s'aperçoit qu'on est amené à exercer des tractions dangereuses pour l'intégrité de la moëlle, du bulbe et des vaisseaux méningées de l'enfant, ainsi que pour les parties maternelles, l'application du forceps sera indiquée, et elle sera, dans ces derniers cas, simple, puisque l'orifice cervical est hors de cause.

En conclusion de ce rapide exposé des causes pouvant poser l'indication d'une application de forceps

sur la tête dernière, nous dirons avec Budin : « Toutes les fois que vous ferez l'extraction d'un enfant venu par le siège, ou que vous pratiquerez une version podalique par manœuvres internes, à côté de l'insufflateur et de tout ce qui est nécessaire pour ranimer le nouveau-né dans le cas où il viendrait en état de mort apparente, n'oubliez pas de préparer le forceps. »

CHAPITRE III

Techniques opératoires

1^{re} PARTIE

Technique des applications de forceps sur le siège

2^{me} PARTIE

Technique des applications de forceps sur la tête
dernière

I^{re} PARTIE

TECHNIQUE DES APPLICATIONS DE FORCEPS
SUR LE SIÈGE

C'est le travail d'Olivier, en 1882, qui mit au point la technique des applications de forceps sur le siège. Rejetant toute prise où les cuillers porteraient sur le bassin de l'enfant, non pas à cause des lésions possibles du bassin, il pense « qu'en appliquant le forceps sur les membres relevés, on obtiendra une prise plus solide, et exempte de tout danger. »

D'ailleurs les expériences et les observations, qu'il présente dans sa thèse, tendent à confirmer ses dires, et il n'hésite pas à déclarer: « trois faits ressortent nettement des expériences que nous venons de relater: le forceps peut être appliqué sur les membres ; il y prend une prise solide ; il ne détermine aucune lésion. Non seulement le forceps peut être appliqué sur les membres, mais encore son application est facile, et ne réclame aucune manœuvre particulière. »

Mais, s'applique-t-il aussi bien dans toutes les positions du fœtus? A ceci Olivier répond par l'affirmative pour les positions postérieures: S. I. D. P., S. I. G. P., ou sacro-sacrée, dans lesquelles, dit-il, « les cuillers s'appliquent très exactement sur les

membres inférieurs relevés et accolés ; le diamètre bi-trochantérien est bien saisi ; la cuiller se moule sur la face externe de la cuisse, et son extrémité, qui arrive presque jusqu'au genou, ne dépasse les parties molles ni en avant, ni en arrière. On comprend dès lors aisément que le forceps ne glisse pas ou glisse fort peu, arrêté qu'il est par le volume croissant du cône sur lequel il est appliqué. »

Pour ce qui est des positions antérieures : S. I. G. A., S. I. D. A., et sacro-pubienne, l'application ne se fait plus si bien. Certes le diamètre bi-trochantérien est bien saisi, la cuiller s'applique sur la cuisse, mais son extrémité dépasse, par suite de la courbure pelvienne, la face antérieure du membre, et vient appuyer sur la paroi abdominale. C'est là la raison pour laquelle la prise est moins solide, le forceps commençant par glisser avant d'entraîner le siège, qui ne se met en mouvement que lorsque les extrémités des cuillers sont arrivées au niveau du pli de l'aîne, où elles rencontrent le diamètre bi-trochantérien qui les empêche de glisser plus loin.

Voyons donc maintenant comment pourra se pratiquer l'application du forceps. Plusieurs cas sont à envisager :

1^{er} Cas: Le siège est en S. I. D. P. — Dans ce cas, on commencera par introduire la branche gauche, et « on en portera le manche à gauche et en bas, pour que l'extrémité des cuillers s'applique bien sur les cuisses. » Puis on placera la branche droite. On articulera, on vérifiera si la prise est correcte, c'est-à-dire si on a saisi les membres, et si les cuillers sont bien

appliquées. On sait qu'elles ne doivent pas porter sur l'abdomen de l'enfant. On serrera alors la vis de pression, et on fixera le tracteur. Les tractions se feront lentement, avec une force graduellement croissante. Généralement le siège se mettra en mouvement dès les premières tractions, et sortira sans difficulté. Si le forceps venait à glisser, il faudrait le réappliquer. « On doit presque toujours réussir. » (Olivier).

2^e Cas: Le siège est en S. I. G. P.: on commencera par introduire la branche droite, puis la gauche. On décroisera lentement et on articulera. « Les manches doivent être portés en bas et à droite. » Les tractions se feront comme précédemment. Il est bien entendu qu'on ne tirera qu'au moment des contractions utérines.

3^e Cas : Si on a affaire à une position sacro-sacrée, on fera une application directe, et on portera les manches en bas et en arrière.

Pour ce qui est des positions antérieures, la technique opératoire présente peu de différences, mais on a vu plus haut que ses résultats étaient plus aléatoires.

Considérons plusieurs cas:

1^{er} Cas: Le siège est en S. I. G. A.: c'est la branche gauche qu'on placera la première, en ayant soin « d'amener le manche en haut, le long de la cuisse gauche, puis on fera pénétrer la branche droite dont on ramènera la cuiller à droite et en avant, en portant le manche de droite à gauche, jusqu'à ce que l'articulation soit possible sans déplacer la branche gauche. » (Olivier). On articulera alors, puis, après vérification de la prise, on commencera l'extraction dou-

cement, en n'augmentant de force que dès qu'on sera sûr de la prise. Il ne faudra pas essayer de faire la rotation artificiellement, car le forceps risquerait de glisser. Quand le siège sera à la vulve, on aura soin de ne pas porter le forceps en haut ; car en agissant ainsi on s'exposerait, voulant favoriser l'inflexion latérale du tronc, à voir déraiper l'instrument. On continue donc à tirer en avant, en suivant le mouvement du siège.

2° Cas: Le siège est en .S I. D. A.: La seule modification à apporter à la ligne de conduite précédente, consiste à appliquer la branche droite la première, et à en porter le manche en haut, le long de la cuisse droite. Puis on place la branche gauche, on décroise, et on fait l'extraction.

3° Cas : Le siège est en position sacro-pubienne : on fera une application directe.

Telles sont les modalités diverses de la technique classique d'application du forceps sur le siège. Bien des modifications ont été proposées. C'est ainsi que Curatulo préconisait la technique de Truzzi, pour lequel il fallait, si l'on voulait obtenir une bonne prise, que le bec des cuillers dépasse un peu la marge de la crête iliaque, dans les sacro-antérieures. C'est donc une application de forceps sur le pelvis. Et Curatulo la préconisait aussi pour les positions sacro-postérieures, lorsque les cuillers correspondent à l'espace compris entre les fémurs et le bassin.

Demelin et Devraigne, eux, jugent utile de combiner, que le dos soit antérieur ou postérieur, le forceps et le laes simultanément, quitte à modifier, sui-

vant les cas, la direction des tractions pour ménager le fœtus. On pratique alors les tractions à la fois sur le lacs pelvien, et sur les lacs du forceps.

La technique d'Olivier était classique et le demeure. Il n'y a aucune modification à y apporter. Abandonnant l'opinion de certains auteurs qui autorisent la saisie du pelvis fœtal, il faut réserver l'application du forceps à la saisie des membres inférieurs, ceci dans le but d'éviter des désordres abdominaux et viscéraux.

II^e PARTIE

TECHNIQUE DES APPLICATIONS DE FORCEPS
SUR LA TÊTE DERNIÈRE

Nous avons déjà vu les causes indiquant une application de forceps sur la tête dernière, ainsi que les conditions dans lesquelles on la pratique. L'obstacle est habituellement créé par le col rétracté au-dessous de la tête, ou bien par un rétrécissement du détroit inférieur, par la résistance du releveur de l'anus et des plans aponévrotiques du périnée.

Quelle sera la technique opératoire, le procédé d'application de l'instrument, nous permettant d'obtenir le résultat recherché, et de terminer l'accouchement dans de bonnes conditions pour la mère et pour l'enfant?

L'application du forceps a toujours été précédée de manœuvres manuelles qui ont abaissé la tête sur le plancher périnéal, et qui ont aussi exécuté la rotation. On n'aura donc à opérer que sur la tête dernière en occipito-pubienne, ou en occipito-sacrée. Chacune de ces deux éventualités est passible d'une technique différente.

1^{er} Cas — Application du forceps sur la tête dernière en O. P. — C'est le cas le plus fréquent, et aussi le plus aisé. Pour faire cette application, on fait relever

fortement le fœtus par un aide, et on introduit la main droite dans le vagin, sur le côté gauche du bassin. Les doigts ainsi introduits s'insinuent entre le col et la tête, si le col est rétracté, et ils viennent se placer sur la partie latérale de la tête, sur l'oreille. On glisse alors la cuiller gauche le long de la paume de cette main jusque sur la face latérale droite de la tête.

On applique, par un même procédé, la cuiller droite sur la face latérale gauche de la tête qui est dans la partie droite du bassin. L'introduction de cette cuiller est rendue souvent assez difficile par la présence du manche de la branche gauche. Mais, si l'aide tient haut le corps du fœtus, et si on a soin de faire un peu abaisser le manche de la branche gauche déjà en place, on surmonte aisément cette petite difficulté.

L'articulation étant faite, et le tracteur fixé par les lacs placés, on pratique l'extraction en ayant soin d'aider de la main le relèvement des manches. Dans ce cas, le forceps sera donc placé *par dessous* le fœtus. Point n'est besoin de se hâter excessivement pendant le dégagement. Il faut prendre tout le temps nécessaire pour ménager le périnée.

2^e Cas — Application du forceps sur la tête dernière en O. S. — C'est une application rare en pratique. Nous voyons en effet Paul Bar nous dire : « Dans près de trente années de pratique hospitalière active, je n'ai pas eu une seule fois l'occasion de la pratiquer. On doit convenir qu'il faudrait une longue série de malchances, d'anomalies, et, disons le mot, de fautes, pour que la tête arrivant dernière après une version ou un dégagement par le siège, se présentât au dé-

troit inférieur en O. S., sans qu'on pût la ramener en O. P., ou la dégager par des moyens autres qu'une application de forceps. »

Il est classique de décrire dans les livres deux modes d'application du forceps sur la tête dernière se présentant en pareille position, selon que la tête est fléchie ou défléchie. Dans le premier cas, la bouche est accessible, et dans le second, le menton est retenu au-dessus de la symphyse pubienne. A chacun correspond une technique particulière. C'est ce que nous allons essayer de voir :

a) La tête est fléchie : le menton apparaît sous l'arc pubien, la rotation est impossible ainsi que l'extraction par tractions exercées sur le menton, l'enfant est vivant. Pour appliquer le forceps, la femme est placée en travers du lit, le siège élevé. Un aide portera le tronc du fœtus fortement en bas, et on appliquera le forceps au devant du tronc, *par dessus le fœtus*, la première branche directement à gauche, la seconde directement à droite. On articule et « on dégage la tête par des tractions dans le plan médian, aidées d'un faible abaissement des branches. » (*Paul Bar*).

b) La tête est fléchie: on admet que si le menton est relevé derrière le pubis il faut, au contraire, porter le tronc très en haut et appliquer le forceps en passant *au dessous* du dos. On dégagera par traction directe, en portant de plus en plus vers le haut les manches qui sont d'abord très en bas.

Mais il nous faut noter qu'Elliott, de New-York, a publié, en 1868, des cas heureux où il a réussi avec le forceps à ramener l'occiput en avant.

OBSERVATION I

RÉSUMÉE DE LA THÈSE D'OLIVIER

Présentation de l'extrémité pelvienne décomplétée (mode des fesses). Application du forceps à courbure pelvienne de M. TARNIER. Enfant vivant. Guérison de la mère (Par M. S. Berthaut).

D..., 25 ans, primipare.

Grossesse bien supportée. Les premières douleurs commencent le 10 septembre dans la soirée. A l'entrée à l'hôpital, le 11 au soir, le col est complètement effacé et dilaté comme une pièce de un franc.

Le 12 septembre: dilatation comme une pièce de cinq francs. Les membranes sont rompues, le siège est engagé mais assez élevé.

On pose le diagnostic de S. I. G. A.

A six heures du soir, dilatation presque complète. Douleurs assez fortes et régulières.

Vers minuit, les douleurs deviennent plus rares, moins fortes et même cessent.

Le 13 septembre: peu de douleurs. Le soir on examine la malade, et on constate que l'extrémité fœtale engagée n'a pas progressé. Les battements du cœur étant normaux, et les contractions semblant vouloir revenir, on décide d'attendre deux heures. D'abord énergiques, les contractions redeviennent rares et faibles. A huit heures du soir l'intervention est décidée.

Des tractions répétées, à l'aide de l'index placé dans l'aîne gauche du fœtus, ne donnent aucun résultat, et n'aboutissent qu'à amener la hanche gauche du fœtus directement en avant. Alors, en raison des signes de souffrance fœtale, on décide d'appliquer le forceps. Introduction facile de la branche gauche, mais on ne peut placer

la branche droite directement en avant à cause du scrotum qui se loge dans la fenêtre de la cuiller, gênant sa progression. Aussi on déplace la cuiller gauche du bassin et on l'applique contre la région sacrée du fœtus, tandis que la droite est maintenue contre les cuisses relevées du fœtus, le scrotum passant à travers la fenêtre.

On amène aisément le siège à la vulve. On retire le forceps, et on dégage par les procédés manuels.

Dégagement du tronc gêné par le relèvement des bras, facilement corrigé. Extraction de la tête facile.

A neuf heures du soir l'accouchement est terminé, et la délivrance se fait normalement.

Enfant né en état de mort apparente, aisément ranimé, « *et ne portant aucune trace de lésions du côté de l'extrémité pelvienne, pas même les traces des cuillers du forceps.* »

OBSERVATION II

(RÉSUMÉE DE LA THÈSE D'OLIVIER)

Présentation de l'extrémité pelvienne décomplétée, mode des fesses. Application de forceps (par M. le docteur THOMAS).

M..... 18 ans, primipare.

Rupture des membranes spontanée le 13 octobre à 7 heures du matin.

Dilatation complète à minuit. Douleurs expulsives sans résultat.

A huit heures, les douleurs sont moins nombreuses et moins longues.

On fait le diagnostic de S. I. D. P. Tentatives infructueuses de tractions manuelles.

A 9 heures $\frac{1}{2}$ l'état de souffrance du fœtus, et de fatigue de la mère, font décider une application de forceps, qui se fait sans difficulté. Extraction rapide du siège, des épaules et de la tête. Délivrance tardive par suite de l'inertie utérine.

Enfant du poids de 4 kilogs, né congestionné, avec battements du cœur faibles et rares, et ne respirant pas. Revenu complètement à lui après une demi-heure des soins usuels.

« Pas de lésions au niveau des régions où a été faite la prise de forceps ». Suite de couches normales: cependant il y a eu une plaque de sphacèle peu étendue et superficielle sur la région inférieure et latérale gauche du vagin. La partie mortifiée a été éliminée au bout de 3 ou 4 jours et remplacée par une plaie bourgeonnante qui s'est cicatrisée rapidement.

OBSERVATION III

(DOCTEUR GAUCHERAND. — *Inédite*)

Forceps sur le siège en S. I. D. A.

V..... Clotilde, 28 ans, dactylo.

Primipare. — Début des douleurs le 27 décembre 1927.

Entrée à la salle de travail le 27 à 22 heures.

Rupture prématurée des membranes le 26 décembre à 19 heures, donnant issue à un liquide amniotique clair et abondant.

La dilatation est complète le 28 à 7 heures.

Le 28 décembre 1927, à 11 heures du matin, la dilatation étant complète depuis plusieurs heures, la parturiente commence à être surmenée et le fœtus présente des signes de souffrance.

Monsieur le docteur Gaucherand juge la terminaison spontanée de l'accouchement impossible, et décide d'intervenir. Anesthésie générale à l'éther. Un toucher est pratiqué, qui permet de diagnostiquer un siège décomplété mode des fesses, bloqué dans l'excavation, en S. I. D. P. Le pli de l'aîne antérieure est très difficilement accessible. Aidé de l'interne du service, Monsieur le docteur Gaucherand pratique pendant un quart d'heure environ des tractions inguinales au doigt. Le résultat est presque nul, on n'obtient qu'une progression insignifiante. On essaie alors la traction par un tube de caoutchouc souple, mais ce lien se rompt à la première traction. Les manœuvres se prolongeant, et l'enfant paraissant en danger, on décide de faire une application de forceps sur le siège. Prise selon l'axe bi-trochantérien. Une seule prise est suffisante. Elle semble un peu déraiper, mais quelques tractions suffisent pour amener le siège à la vulve. L'extraction se poursuit alors sans incidents. Pas de difficultés au passage des bras qui ne sont pas relevés. Mauriceau facile.

Extraction d'un enfant bien vivant, du poids de 3 k. 400, qui porte au niveau de ses régions trochantériennes des traces très légères des cuillers, sans altération de la peau.

Délivrance normale.

Déchirure assez étendue du périnée, due au passage de la tête dernière, et n'intéressant pas le sphincter. Suture aux crins: 3 points.

Suites de couches normales.

OBSERVATION IV

(Docteur GAUCHERAND. — Inédite)

Forceps sur le siège en S. I. G. T.

Madame P.....

1° Geste.

Dernières règles du 30 mars au 3 avril 1929.

Accouchement probable: 8 janvier 1930.

Grossesse bien supportée. Le 3 décembre, M. le Docteur Gaucherand constate un utérus étroit, de forme cylindrique, contenant peu de liquide. Le fœtus est en présentation du siège.

Hauteur de l'utérus: 30 $\frac{\text{cm}}{\text{m}}$. Bruits du cœur: normaux.

Tentative infructueuse de version par manœuvres externes.

Le 15 décembre, nouvelle tentative de version par manœuvres externes, sans succès. Tout espoir de version est abandonné, étant donné le volume de l'enfant, l'oligoamnios et la forme de l'utérus.

Le travail s'amorce le 9 janvier. A 23 h. 30 rupture spontanée et prématurée de la poche des eaux. Les douleurs débutent quelques heures après, le 10, à 2 heures du matin. Le travail se déroule assez régulièrement, bien que les contractions soient peu énergiques et courtes.

A 14 heures on pratique un toucher qui fait connaître un col complètement dilaté, et le siège décomplété profondément engagé dans l'excavation. Les douleurs expulsives manquent de vigueur. Les bruits du cœur qui étaient attentivement surveillés depuis 30 minutes deviennent lents et irréguliers.

La souffrance du fœtus et l'insuffisance des contractions font décider une extraction rapide du fœtus.

A 16 heures, sous anesthésie générale au chloroforme, on essaie d'abaisser le siège par des tractions inguinales. Le pli inguinal antérieur est atteint à bout de doigt, le pli

postérieur n'est pas accessible. On renonce vite à cette manœuvre qui se révèle inefficace.

L'abaissement d'un pied ne pouvant être pratiqué, le siège étant bloqué dans l'excavation, on tente de refouler la présentation au-dessus du détroit supérieur. Là encore, la manœuvre est marquée d'un échec. La vie de l'enfant étant sérieusement menacée, on se décide à appliquer le forceps sur le siège décomplété mode des fesses. L'orientation est en S. I. G. T.

La branche postérieure est appliquée sur le fémur droit.

La branche antérieure est appliquée sur le fémur gauche.

On vérifie la prise. La descente du siège et le dégagement de la hanche antérieure s'obtiennent avec une grande facilité. On désarticule dès que la crête iliaque est fixée au sous-pubis. Le siège est dégagé rapidement, sans déchirure. Les autres temps de l'extraction de l'enfant s'accomplissent avec une grande simplicité.

On extrait un enfant qui naît étonné, et crie après quelques minutes. Son poids est de 3 k. 100 grammes. « *Sur la région des trochanters et de la racine des cuisses s'aperçoivent les traces légères des cuillers, sans lésions ni meurtrissures.* »

Placenta pesant 500 grammes.

Suites de couches absolument normales pour la mère et pour l'enfant.

OBSERVATION V

(Docteur GAUCHERAND. — Inédite)

Forceps sur la tête dernière

Madame B.... 33 ans, ménagère.

La malade est envoyée dans le service par M. le docteur Gaucherand, avec le diagnostic suivant: « Primipare, présentant une sténose vulvo-vaginale (persistance de l'hymen), avec gros enfant en présentation du siège ».

Elle entre aux expectantes le 15 Décembre 1927.

Le 17 Décembre, à 19 heures, rupture prématurée des membranes.

Début des douleurs dans les instants qui suivent. La malade est conduite à la salle des douleurs. Présentation du siège décomplété en S. I. D. P. Bruits du cœur normaux.

Le 18 Décembre, pendant toute la journée, les phénomènes du travail traînent en longueur. Douleurs peu efficaces, irrégulières. Les bruits du cœur restent bons.

Le 19 Décembre, à midi, la malade est en travail depuis 41 heures. La poche des eaux est rompue depuis le même laps de temps. La température est de 38° 3. Les bruits du cœur fœtal, demeurés excellents jusqu'alors, deviennent un peu irréguliers.

Un examen pratiqué par M. le professeur Voron, rendu difficile par l'existence d'un diaphragme hyménéal fibreux, serré, montre cependant que la dilatation du col est complète.

On décide d'intervenir.

A 12 h. 15: Rachianesthésie (Néocaïne Corbiere: 0 gr.08) anesthésie excellente au bout de 10 minutes.

Intervention: (Docteur Gaucherand): Introduction de la main dans le vagin. La dilatation manuelle suffit à faire céder par éclatement l'anneau hyménéal sans qu'une inci-

sion soit nécessaire. La dilatation du col n'est peut-être pas absolument complète, en arrière surtout, mais il est parfaitement dilatable. Les deux pieds se présentent à l'orifice du col, M. Gaucherand les abaisse tous les deux et commence l'extraction du siège. Celle-ci se fait d'abord sans aucune difficulté. Les parties molles du périnée sont tout à fait relâchées. Dégagement des hanches, anse du cordon, selon la technique habituelle.

Les difficultés commencent au moment de l'extraction des bras relevés verticalement de chaque côté de la tête. Ces difficultés sont accrues par le volume considérable de l'enfant. On parvient finalement à abaisser les bras, mais après de longues manœuvres qui ont duré au moins cinq minutes. Monsieur Gaucherand a eu recours aux manœuvres manuelles classiques (chassé-croisé des deux mains, rotations successives pour transformer le bras antérieur en postérieur). Les bras sont enfin extraits, mais reste la tête dernière. Elle semble volumineuse. De plus, au cours des rotations successives destinées à faciliter l'abaissement du bras, elle s'est défléchie et le menton a tourné en avant.

La manœuvre de Mauriceau est impossible, on ne peut trouver la bouche. En dernier lieu, Monsieur Gaucherand fait une application de forceps sur la tête dernière, et dégage ventre sur ventre.

Mais toutes ces manœuvres difficiles ont duré au moins un quart d'heure. On extrait un enfant volumineux pesant 4.180 grammes. Il présente quelques battements cardiaques espacés, mais il est d'une pâleur de marbre et ne respire pas. On essaie en vain le traitement habituel: Bains chauds et respiration artificielle ne suffisent pas à le ranimer. On essaie l'adrénaline intra-cardiaque. Après injection de 1 mmgr. dans les cavités, quelques battements se produisent et se transmettent à l'aiguille, mais ils s'espacent bientôt et l'enfant meurt.

Déchirure étendue du périnée, intéressant le sphincter, mais laissant intacte la muqueuse rectale. Seule la peau de l'anus est déchirée. Au bout d'une demi-heure environ, la délivrance s'est effectuée. Le délivre est dans le vagin. Monsieur Gaucherand l'extrait. Profitant ensuite de la persistance de l'anesthésie qui est toujours complète, il procède à la suture du périnée.

OBSERVATION VI

D'après P. BUDIN

(In « *Leçons de Clinique obstétricale* »)

Extraction de la tête dernière arrêtée au plancher périnéal (26 novembre 1887).

« Il nous est arrivé, le 23 novembre, dans la nuit, une femme enceinte pour la 3^e fois, en travail depuis plusieurs heures. Chacun des accouchements précédents avait été terminé par une application de forceps: le premier enfant était venu vivant, mais le 2^e aurait succombé avant ou pendant les manœuvres. Elle était au terme de la grossesse la dernière époque menstruelle datant du 11 février; les douleurs avaient commencé dans la soirée, la poche des eaux s'était prématurément rompue un peu avant minuit, et le matin la dilatation était complète.

Ce qui nous frappa tout d'abord, en approchant de la parturiente, ce fut la vue du méconium s'échappant des voies génitales; non pas de méconium pur comme celui qui s'écoule dans les présentations de l'extrémité céphalique, mais de méconium intimement mélangé au liquide amniotique, indice ordinaire d'un état de souffrance passer ou persistant de l'enfant.

Par le palper on reconnaissait la tête au-dessus du détroit supérieur, elle s'était engagée; par l'auscultation on percevait nettement les battements ralentis du cœur fœtal au nombre de 90 par minute à peu près; au toucher on sentait 2 petites extrémités qui s'étaient insinuées à côté et au-dessous de la présentation: en avant, une main gauche; en arrière et à gauche, un pied droit. Précédemment le chef de clinique avait senti un troisième petit membre qui s'était réduit spontanément. La tête était très haut située, nullement fléchie et légèrement inclinée sur le pariétal antérieur.

Toutes ces particularités s'expliquaient par l'existence d'un retrécissement du bassin: le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur était loin d'être normal, et le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 97 à 98 millimètres environ. En de telles circonstances, avec les antécédents obstétricaux connus, le retrécissement du bassin, la procidence des membres, le peu d'engagement et de flexion de la tête, il n'était guère possible d'espérer une terminaison spontanée. D'ailleurs l'état de souffrance manifeste de l'enfant n'accordait pas la liberté d'attendre, une intervention immédiate s'imposait de toute nécessité ; le forceps ou la version.

J'avais remarqué que l'utérus n'était pas entièrement vide de liquide amniotique et que son segment inférieur était assez dilaté pour ne pas s'opposer à l'évolution du fœtus; je choisis la version en dépit de l'obstacle que le diamètre conjugué de 8 centimètres 1/4 pouvait apporter au passage de la tête. Ce mode d'intervention ne me donnait pas toute sécurité quand à la vie déjà compromise de l'enfant, mais l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur, sur une tête très élevée tendant à la déflexion, avec la gêne que devaient apporter les membres procidents, était plus scabreuse encore.

J'introduisis la main droite, la glissant le long du pied et de la jambe accessibles, et refoulant en même temps la tête avec la main gauche placée sur l'hypogastre, je saisis le genou et l'entraînai au dehors, engageant ainsi le siège dans l'excavation.

A ce moment, les contractions avaient cessé, les pulsations du cœur fœtal se ralentissaient d'une manière alarmante, et le cordon entre les doigts ne donnait plus le moindre battement. Pendant qu'on frictionnait le fond de l'utérus, dont la contractilité se trouva réveillée, je tirai pour extraire le siège, le tronc, et les épaules, jusqu'à ce que la tête fut arrêtée par sa base au niveau du détroit supérieur. La moitié droite du bassin présentait plus d'ampleur que la moitié opposée; aussi j'avais fait évoluer le fœtus en tournant son occiput vers le côté le plus large. Je mis alors deux doigts de la main droite dans la bouche de l'enfant en fléchissant au maximum la tête, qui était placée transversalement et dont je reportais la nuque le plus qu'il m'était possible à droite. La main gauche fut mise sur les épaules, l'index en avant, les trois derniers

doigts en arrière, et le cou fut soulevé de manière à permettre au pariétal postérieur de s'incliner et de se rapprocher de l'angle sacro-vertébral. Pendant ce temps, un aide appliquait ses mains sur la partie inférieure de l'abdomen de la mère, du côté gauche. Au moment où je cherchais à entraîner le fœtus en bas, l'aide appuya, de son côté, sur la région frontale: nous eûmes tous deux la sensation que la tête descendait, franchissait le détroit supérieur, pénétrait dans l'excavation et arrivait sur le plancher périnéal. Mais il était nécessaire d'aller vite; au moment où j'avais placé les doigts dans la bouche, l'enfant s'était mis à vagir, et ce vagissement s'était répété deux fois assez fort pour être entendu des assistants. De plus j'avais senti dans mes mains le thorax du fœtus exécuter un mouvement d'inspiration, et vous savez que les efforts de respiration hâtive traduisent un état de malaise très accentué.

Pour faire sortir la tête des parties génitales, je lui imprimai un mouvement de rotation qui plaça la nuque sous la symphyse, et je m'efforçai d'opérer le dégagement. La contraction utérine manquait complètement, l'expression sous-pubienne ne pouvait plus agir sur le globe céphalique profondément descendu, les efforts de traction soutenus et dirigés de mon mieux n'aboutissaient à rien; cependant les mouvements respiratoires déjà constatés se renouvelaient plus affaiblis. Je sentais que l'enfant mourait entre mes mains, et j'étais impuissant à le sauver. Je pris rapidement un forceps, et pendant qu'un aide maintenait le tronc du fœtus soulevé, je fis, sans perdre un instant, une application directe de l'instrument. *Tout aussitôt et sans trop de peine la tête fut dégagée des parties molles*; l'enfant naquit en état de mort apparente, mais quelques battements cardiaques persistaient, et nous réussîmes à le ranimer. Il est actuellement vivant et bien portant ».

OBSERVATION VII

D'après P. BUDIN

(In « *Leçons de Clinique obstétricale* »)

(Résumée)

Présentation de l'épaule. — Multipare.

Membranes rompues depuis quelque temps. — Dilatation complète, enfant vivant. La version et l'extraction se font sans obstacle. Lorsqu'il ne reste plus que la tête dernière dans les parties génitales, il fut impossible de l'extraire malgré la manœuvre de Mauriceau et des tractions très fortes.

L'enfant était en danger. Au toucher on sent un col revenu sur lui-même, formant un cercle épais et résistant. Il y avait là un bourrelet rigide qui, appliqué sur la nuque et les parties latérales du crâne, s'étendait circulairement jusqu'au niveau de la base du front, près de la racine du nez. Les tractions entraînaient l'utérus, mais le diamètre sous-occipito-frontal ne pouvait se dégager.

On décide de faire une application de forceps sur la tête dernière. Le tronc de l'enfant ayant été relevé, on place l'extrémité des doigts sur le bourrelet du col, et on fait glisser la cuiller entre ce bourrelet et le cuir chevelu. Même opération pour la seconde cuiller. Après quelques tractions, l'orifice utérin cède et laisse passer la tête de l'enfant qui naît en état de mort apparente, mais est vite ranimé.

OBSERVATION VIII

D'après P. BUDIN

(In « *Leçons de Clinique obstétricale* »)

(Résumée)

Extraction du siège. Bassin retréci dont le diamètre conjugué = 85 millimètres environ.

La tête réussit à franchir le détroit supérieur, mais, malgré les contractions utérines, le plancher périnéal offre à la sortie de la tête une résistance qu'on ne put vaincre. Echee de la manœuvre de Mauriceau.

Le fœtus étant en danger, on fait une application de forceps, et on extrait un enfant qui naît en état de mort apparente mais est très vite ranimé.

CONCLUSIONS

I. — Les applications de forceps sur le siège trouvent leurs indications dans le siège décomplété mode des fesses engagé dans l'excavation, après échec des manœuvres classiques d'extraction.

II. — On pourra les employer lorsqu'il a été impossible, soit :

- 1.° d'abaisser un pied, le siège restant engagé et ne pouvant être refoulé au-dessus du détroit supérieur ;
- 2.° d'utiliser pour l'extraction les manœuvres classiques dites des tractions inguinales, digitales ou instrumentales, demeurées sans résultat.

III. — Nous rapportons deux cas où, après des tentatives loyales, mais vaines, d'extraction du siège décomplété mode des fesses par la méthode classique l'application du forceps a donné deux succès.

IV. — Sur le siège décomplété mode des fesses, le forceps ne sera appliqué que dans les positions sacro-postérieures. Peut-être son emploi donnerait-il des résultats, mais plus aléatoires, dans les positions sacro-antérieures.

La technique opératoire offrant le plus de garanties semble être celle proposée par Olivier.

V. — Les applications de forceps sur la tête dernière ne paraissent indiquées que dans les cas difficiles où, après échec de la manœuvre de Mauriceau, la tête fœtale reste immobilisée au détroit inférieur du fait de la résistance des parties molles ou du coccyx, l'enfant étant encore vivant.

VI. — La technique d'application du forceps sur la tête dernière variera avec la position :

1° La tête dernière est en occipito-pubienne : on appliquera le forceps par dessous le fœtus, du côté de son ventre, un aide relevant fortement le tronc.

2° La tête dernière est en occipito-sacrée : 2 cas sont à envisager :

A) Tête fléchie : l'application sera directe, par dessus le fœtus, donc du côté du ventre.

B) Tête défléchie : l'application se fera au-dessous du fœtus, donc du côté du dos.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
VORON.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :
LYON, LE 8 OCTOBRE 1930.
—LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

- AGNEW. — *The forceps in certain breech presentations* (Londres, 1877).
- BALLOCHI. — *Obstetricia per gli studenti di medicina* (Milan, 1871).
- P. BAR. — A. BRINDEAU. — J. CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements (Asselin et Houzeau, — Paris, 1914).
- R. BARNES. — Leçons sur les opérations obstétricales (Masson, — Paris, 1873).
- J. L. BAUDELOCQUE. — L'art des accouchements, — (Paris, 1781 et 1807).
- BELLUZZI. — *Del uso del forcipe sulle natiche del feto, nel parte podalico artificiale*, — (Bologne, 1882).
- P. BUDIN et DEMELIN. — Manuel pratique d'accouchement et d'allaitement, — (Doin, Paris 1904).
- CAZEAUX. — Traité pratique et théorique de l'art des accouchements, (Paris, 1846, 2^e édition).
- CORRADI. — *Commentaria dell obstetricia in Italia*, — (Bologne, 1874).
- CURATULO. — *Rassegna d'obstetricia et ginecologia* (n° 4, — 1899).
- DESORMEAUX. — Dictionnaire en 30 volumes (article forceps).
- DUBOIS et PAJOT. — Traité complet de l'art des accouchements (Paris, 1849).
- EKSTEIN. — *Prag. médical wore* (1901: Forceps sur le siège).
- FABRE. — Précis d'obstétrique (J. B. Baillière et fils, — Paris, 1922).
- R. P. FLAMANT. — Mémoire pratique sur le forceps — (Strasbourg 1816, page 78).

- FRARI. — *Obstetricia teorico pratica* (Padova — 1873).
- GARDIEN. — *Traité complet des accouchements et des maladies des filles, des femmes, et des enfants*, — (Paris, 1816, tome 2).
- HAAKE. — *Archiv für Gynæcologie* (Band X. page 558, Berlin, 1877).
- JACQUEMIER. — *Manuel des accouchements* (Paris, 1846. — Tome 2).
- MADAME LA CHAPELLE. — *Pratique des accouchements* (Paris, 1825, tome 2).
- LENOIR-SÉE-TARNIER. — *Atlas complémentaire de tous les traités d'accouchements*, — (Paris, 1865).
- A. LEVRET. — *L'Art des accouchements*, — (Paris 1766, 3^e édition, page 614).
- Ch. MAYGRIER, et A. SCHWAB. — *Précis d'obstétrique*, — (O. Doin, — Paris 1909).
- MILLS. — *The forceps in difficult breech deliveries* (American journal of obstetrics, 1879, volume XII).
- PAUL MANTEL. — *D'une nouvelle manœuvre pour l'abaissement d'un pied dans la présentation du siège décomplété mode des fesses* (*Thèse de Paris* 1889).
- MOREAU. — *Traité des accouchements* (Paris 1841, tome 2).
- OLIVIER. — *De la conduite à tenir dans la présentation de l'extrémité pelvienne décomplétée mode des fesses* (*Thèse de Paris*: 1882).
- PASTORELLO. — *Trattato di obstetricia* (Paris, 1854).
- A. RIBEMONT, DESSAIGNES et G. LEPAGE. — *Traité d'obstétrique*, — (Masson, Paris, 1923).
- RÆDERER. — *Eléments de l'art des accouchements*, — (Paris, 1765).
- J. F. SCHWULGHAEUSER. — *Archives de l'art des accouchements* (Strasbourg, 1801).
- SMELLIE. — *Traité de la théorie et de la pratique des accouchements* (Traduit par Prévile, Paris, 1771). tomes 1 et 3).
- G. W. STEIN. — *L'art d'accoucher* — (Traduction Briot, 5^e édition, — Paris, 1804).
- TARNIER. — *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* (Article forceps).

S. TARNIER et P. BUDIN. — Traité de l'art des accouchements (Tome 4, — Steinheil, Paris 1901).

Ettore TRUZZI. — *Gazetta medica Italiana* (Lombardia n^{os} 31, 33, 1883) traduit par Marius Rey dans les « *Annales de Gynécologie* », Paris, 1884).

VELPEAU. — Traité élémentaire de l'art des accouchements (Paris 1829, — tome II).

AUVARD. — Extraction de la tête fœtale (1885).

Robert BARNES. — Leçons sur les opérations obstétricales (Traduction de Cordes. — Masson, Paris, 1873).

J. L. BAUDELOQUE. — L'art des accouchements, — Paris, 1781 et 1807).

P. BUDIN. — Leçons de clinique obstétricale (O. Doin, — Paris 1889).

CAZEAUX. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, — (Paris, 1867).

CRÉDÉ. — *Die anwendung der Zange bei nachfolgenden kopfe* (Arch. f. gynæk. 1885).

CROUZAT. — La pratique obstétricale. Manœuvres et opérations à l'amphithéâtre, — (Paris, 1887).

ELLIOT. — *Obstetrics clinics* (New-York, 1868).

FREUDENBERG. — *Ueber die Entwicklung der nachfolgenden kopfes* (Arch. für gynæk., 1883, tome 21).

GRYNFELDT. — Emploi du forceps pour extraire la tête dernière (Annales de gynécologie, 1874-75).

HAMON. — Traité pratique du rétroceps — (Paris 1873).

Vos KÜCHER. — *Ueber die Zange am nachfolgenden Kopfe* (Wiener medizinische wochenschrift, 9 août 1873).

KLEIN. — *Munich Medical wore* (1902).

Madame LA CHAPELLE. — Pratique des accouchements (tome 2, — Paris, 1825).

A. LEVRET. — L'art des accouchements (Paris, 1766, 3^e édition).

LITZMANN. — *Bemerkungen uber die extraction des Kopfes nach geborenem kumpfe* (Arch. f. gynæk, 1885).

LOMER. — *Ueber die anwendung der Kange am nachfolgenden kopfe; Zeitschr f. geburth und gunæk* (1886).

- LOURICH. — L'obstétrique — (Extraction d'après Mueller, — 1909).
- LUSK. — *Science and art of midwifery* (New-York, 1882).
- Ch. MAYGRIER et A. SCHWAB. — Précis d'obstétrique, — (O. Doin, — Paris, 1909).
- PLAYFAIR. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, — (O. Doin, — Paris 1879).
- PARVIN. — *The science and art of obstetrics*, — (Edinburgh, 1887).
- RÉMY. — Extraction occiput en arrière (1885).
- Carl RUGE. — *Verletzungen des kindes durch extraction bei becken endlage Zeitschrift* (1876).
- SMELLIE. — Traité de la théorie et de la pratique des accouchements (Traduction Préville, Paris, 1771).
- Carl SCHRÖDER. — Manuel d'accouchements (Traduction A. Charpentier. — G. Masson, éditeur, Paris 1875).
- S. TARNIER. — Article forceps du dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique (1871).
- S. TARNIER et P. BUDIN. — Traité de l'art des accouchements, — (Steinheil, Paris, 1901).
- Israël WAYNBAUM. — Des différentes manières employées pour dégager la tête dernière et leur comparaison avec les applications de forceps (*Thèse de Paris*, 1888).
- WINTER. — *Centralblath fur gynæk* (1885-86-87).
- WASSEIGE. — Des opérations obstétricales, — (Paris, Liège, 1881).
-

TABLE DES MATIERES

	PAGES
Introduction.	7
CHAPITRE I^{er}. — Historique.	
1 ^{re} Partie. — Les applications de forceps sur le siège.	11
2 ^{me} Partie. — Les applications de forceps sur la tête dernière.....	22
CHAPITRE II. — Indications.	
1 ^{re} Partie. — Les indications de l'application de forceps sur le siège.	29
2 ^{me} Partie. — Les indications de l'application de forceps sur la tête dernière..	34
CHAPITRE III. — Techniques opératoires.	
1 ^{re} Partie. — Technique des applications de forceps sur le siège.	41
2 ^{me} Partie. — Technique des applications de forceps sur la tête dernière.	46
CHAPITRE IV. — Observations.	49
Conclusions.	63
Bibliographie.	65
